

Édition 2024



Assurance obligatoire des soins

Conditions d'assurance (CA)
callmed 24

Conditions d'assurance (CA) callmed 24 selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Chapitre	Page	Chapitre	Page
1 Bases de l'assurance	3	12 Exceptions	5
1.1 Dispositions du droit fédéral et droit cantonal		12.1 Ophthalmologue, gynécologue, pédiatre, dentiste	
1.2 Application aux assureurs du Groupe Sympany		12.2 Urgences	
1.3 Fonctionnement du modèle d'assurance alternatif		12.3 Définition du cas d'urgence	
2 Objet de l'assurance	3	13 Liste de prestataires possibles	5
3 Obligations générales	3	14 Violation des conditions du modèle d'assurance alternatif	5
4 Responsabilité au titre du traitement médical	3	15 Adaptation de l'assurance pour cause de modification des conditions cadres	5
5 Fin de l'assurance	3	16 Coordonnées bancaires	5
6 Suspension par l'assureur	3	17 Frais	5
7 Couverture accidents	3	17.1 Frais de rappel et d'encaissement	
8 Obligations d'informer et d'annoncer	4	17.2 Paiement fractionné	
8.1 Déclaration d'accident		17.3 Frais de paiement	
8.2 Coopération de la personne assurée		18 Obligation de garder le secret	5
8.3 Pouvoir de fournir des renseignements		19 Contentieux	6
8.4 Non-observation de l'obligation d'annoncer		19.1 Décision	
9 Droits et obligations concernant les prestations de tiers	4	19.2 Opposition	
10 Conditions générales d'octroi des prestations		19.3 Procédure de recours	
10.1 Prise de contact avec les prestataires coordonnants		20 Entrée en force	6
10.2 Créneau pour les traitements complémentaires		21 Protection juridique	6
10.3 Comportement à adopter en cas d'acceptation de la prise en charge des coûts		22 Protection des données	6
11 Obligation de mesures spéciales concernant les soins intégrés	4	23 Interprétation	6
		24 Entrée en vigueur	6

But de l'assurance

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du diagnostic et du traitement en cas de maladie, d'accident et de maternité dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle peut être conclue avec une franchise ordinaire ou à option. Il est également possible de conclure l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin ou un modèle d'assurance alternatif dans le sens d'une forme d'assurance particulière avec choix limité des prestataires.

1 Bases de l'assurance

1.1 Dispositions du droit fédéral et droit cantonal

La présente assurance est régie par les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et les dispositions exécutoires qui s'y rapportent, ainsi que par les présentes Conditions d'assurance (CA). Les lois fédérales et cantonales priment les présentes Conditions d'assurance (CA).

1.2 Application aux assureurs du Groupe Sympany

En sa qualité d'assureur maladie, l'entité juridique mentionnée sur la police verse les prestations d'assurance et est désignée ci-après comme «assureur».

1.3 Fonctionnement du modèle d'assurance alternatif

callmed 24 est un modèle d'assurance alternatif dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

En cas de souscription de **callmed 24**, la personne assurée se déclare prête à consulter le Centre de télémédecine (dénommé ci-après «prestataire coordonnant») avant tout traitement médical et/ou infirmier.

Le prestataire coordonnant est le premier interlocuteur de la personne assurée pour toutes les questions médicales. Il est disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an pour un conseil en cas de problèmes de santé et délivre des instructions contraignantes concernant les étapes suivantes du traitement (en particulier le transfert à d'autres prestataires médicales).

2 Objet de l'assurance

Sont assurées contre les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité les personnes mentionnées dans la police. Le risque d'accident est coassuré, s'il figure dans la police d'assurance.

3 Obligations générales

La personne assurée doit suivre les instructions médicales, faire tout ce qui favorise la guérison, et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

4 Responsabilité au titre du traitement médical

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux prestataires traitant la personne assurée.

5 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin:

- suite à une résiliation,
- suite au départ à l'étranger, sauf en cas de maintien de l'obligation de s'assurer,
- en cas de décès.

6 Suspension par l'assureur

L'assureur peut suspendre l'assurance **callmed 24** pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de résiliation de 2 mois, ou procéder à une modification du produit sous le même délai.

À la date de la suspension, la personne assurée peut choisir de passer soit à une autre forme particulière d'assurance avec choix limité du prestataire, soit à l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin. Au moment de la résiliation par l'assureur, la personne assurée est rendue attentive aux possibilités qui s'offrent à elle.

Si la personne assurée n'exerce pas son choix avant la fin du délai de résiliation, elle est automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin.

7 Couverture accidents

La couverture accidents peut être exclue pour les accidents professionnels et non professionnels, si une couverture accidents obligatoire complète selon la LAA est attestée. L'exclusion intervient le premier jour du mois suivant la proposition. L'inclusion de la couverture accidents intervient immédiatement à l'expiration de l'assurance-accidents selon la LAA. La personne assurée doit immédiatement déclarer la suppression de l'assurance-accidents selon la LAA.

8 Obligations d'informer et d'annoncer

8.1 Déclaration d'accident

Le formulaire Déclaration d'accident doit être complété et remis en sus lorsque la personne assurée fait valoir des prestations en cas d'accident. La déclaration d'accident doit être envoyée à l'assureur dans les 10 jours suivant l'accident.

8.2 Coopération de la personne assurée

La personne assurée doit fournir gracieusement à l'assureur tous les renseignements requis pour la clarification du droit aux prestations. Cela inclut également les décisions d'autres assureurs sociaux et les justificatifs des assureurs privés éventuels.

8.3 Pouvoir de fournir des renseignements

La personne assurée est tenue d'autoriser toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les hôpitaux, les thérapeutes, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations.

8.4 Non-observation de l'obligation d'annoncer

Les désavantages résultant de la non-observation des obligations d'informer et d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

9 Droits et obligations concernant les prestations de tiers

La personne assurée est tenue d'informer immédiatement l'assureur de toutes les prestations de tiers (p. ex. assurance-accidents, responsabilité civile, militaire ou invalidité) ainsi que des indemnités convenues, pour autant que ce dernier ait à verser des prestations pour le même cas d'assurance. La personne assurée n'est pas autorisée à renoncer totalement ou partiellement à des prestations de tiers sans le consentement exprès de l'assureur. Si un autre assureur maladie, accidents ou social réduit ses prestations pour des raisons autorisant également l'assureur à réduire les siennes, ce dernier ne compense pas la perte due à la réduction.

10 Conditions générales d'octroi des prestations

10.1 Prise de contact avec les prestataires coordonnants

En cas de problèmes de santé, la personne assurée contacte le prestataire coordonnant avant de débuter un traitement. Celui-ci conseille la personne assurée sur toutes les questions médicales et lui prescrit le processus de traitement optimal. Les instructions doivent être suivies par la personne assurée.

10.2 Créneau pour les traitements complémentaires

Si un traitement médical est indiqué sur la base de l'entretien de conseil, le prestataire coordonnant convient avec la personne assurée d'un créneau au cours duquel le traitement doit avoir lieu chez un prestataire de son choix. En cas de contrôle ultérieur et d'orientation vers d'autres prestataires, une nouvelle concertation avec le prestataire coordonnant est nécessaire. Si le créneau pour le traitement est insuffisant, la personne assurée contacte une nouvelle fois le prestataire coordonnant avant l'expiration du délai.

10.3 Comportement à adopter en cas d'acceptation de la prise en charge des coûts

Le prestataire coordonnant doit être informé du traitement, même si l'assureur a délivré une acceptation de prise en charge des coûts.

11 Obligation de mesures spéciales concernant les soins intégrés

Lorsqu'une planification globale des soins est indiquée en présence d'une maladie spécifique (notamment chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est tenue de se soumettre à des mesures spéciales de soins intégrés, p. ex. disease management (approche organisée à plusieurs composantes, centrée sur le patient, pour des soins de santé holistiques).

L'assureur, le prestataire coordonnant ou un tiers prestataire attire l'attention de la personne assurée sur les mesures qu'elle est tenue de respecter.

La personne assurée est également contrainte de tenir compte de sources d'approvisionnement avantageuses (p. ex. pharmacies de vente par correspondance) lors de l'achat de médicaments, de prestations de laboratoire, de moyens auxiliaires, etc. L'assureur ou le prestataire coordonnant lui communique la source d'approvisionnement à prendre en compte au cas par cas. La personne assurée s'engage à se faire soigner avec le médicament qui est efficace, approprié et économique pour le traitement de son affection. Il peut s'agir d'un générique, d'un biosimilaire ou d'une préparation originale économique.

Si la personne assurée achète un médicament pour lequel une alternative moins onéreuse est proposée, l'assureur ou le prestataire coordonnant attire son attention sur ce fait.

12 Exceptions

12.1 Ophtalmologue, gynécologue, pédiatre, dentiste

La personne assurée peut faire réaliser des examens et des traitements auprès d'un ophtalmologue, d'une gynécologue ou d'un dentiste sans l'avis préalable du prestataire coordonnant choisi. Les traitements chez un pédiatre sont exclus de l'obligation de transiter par un prestataire coordonnant jusqu'à ce que la personne assurée atteigne l'âge de 16 ans.

12.2 Urgences

En cas d'urgence, il convient de contacter le prestataire coordonnant. Si c'est impossible, l'organisation d'urgence de service ou un hôpital sur le lieu de séjour doit être consulté. Dans de tels cas, la personne assurée est tenue d'informer ou de faire informer le prestataire coordonnant dans les meilleurs délais et de lui remettre une attestation de traitement d'urgence.

12.3 Définition du cas d'urgence

Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

13 Listes des prestataires possibles

L'assureur se réserve le droit de remettre au prestataire coordonnant une liste de prestataires possibles à partir de laquelle celui-ci doit désigner, avec la personne assurée, un prestataire pour la suite du traitement. Lors de l'établissement de la liste, l'assureur prend des décisions équitables et non arbitraires. Cette liste peut être consultée auprès de l'assureur lors de l'application de la présente réglementation.

14 Violation des conditions du modèle d'assurance alternatif

Si la personne assurée se rend chez des prestataires autres que le prestataire coordonnant sans qu'il n'y ait de situation d'urgence, l'assureur attire dans tous les cas son attention sur son comportement non conforme au contrat ou sur son manquement. Il en va de même en cas de non-respect des mesures spéciales, définies au chiffre 11.

Par ailleurs, en cas de manquement aux obligations découlant des présentes Conditions d'assurance, l'assureur se réserve le droit d'exclure la personne assurée de tous les modèles d'assurance alternatifs pour une durée d'au moins 12, mais au maximum 24 mois au 1^{er} du mois suivant et/ou de demander le remboursement des coûts des pres-

tations qui n'ont pas été exécutées ou ordonnées par le prestataire coordonnant ou qui ne sont pas conformes à ses instructions. La notification de l'exclusion ou du refus de prise en charge des coûts est effectuée par écrit (par courrier postal ou par voie numérique) et mentionne le comportement contraire aux obligations.

Une exclusion du modèle d'assurance **callmed 24** entraîne automatiquement un transfert dans l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin.

15 Adaptation de l'assurance pour cause de modification des conditions cadres

Si le traitement médical par le prestataire coordonnant n'est pas ou plus possible (notamment en cas de séjour dans un établissement médico-social et de traitement par son médecin, etc.), l'assureur est en droit de résilier l'assurance **callmed 24** sans avis préalable au 1^{er} du mois suivant. Cela conduit automatiquement au passage à l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du médecin.

16 Coordonnées bancaires

L'assureur verse les prestations à la personne assurée sur un compte postal ou bancaire déclaré. Faute d'annonce de la personne assurée, l'assureur peut facturer des frais forfaitaires par décompte de prestations.

17 Frais

17.1 Frais de rappel et d'encaissement

En plus des frais de poursuite, l'assureur peut également facturer aux mauvais payeurs des frais de traitement appropriés, des frais administratifs ainsi que les coûts des rappels et des intérêts moratoires.

17.2 Paiement fractionné

Lorsqu'un paiement fractionné a été convenu dans la procédure d'encaissement et de poursuite, l'assureur peut facturer des frais de paiement échelonné pour la charge administrative supplémentaire.

17.3 Frais de paiement

La personne assurée dispose de différentes possibilités pour payer ses primes et ses participations aux coûts sans frais. Si la personne assurée choisit un mode de paiement entraînant des frais (p. ex. en cas de versements au guichet postal), l'assureur peut lui refacturer ces frais.

18 Obligation de garder le secret

Les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation légale de garder le secret.

19 Contentieux

19.1 Décision

Lorsqu'une personne assurée n'accepte pas une décision de l'assureur, ce dernier rend sur demande une décision écrite dans un délai de 30 jours, avec indication des motifs et des voies de recours.

19.2 Opposition

Une opposition écrite peut être formée à l'encontre de la décision de l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa notification. L'assureur examine l'opposition et rend une décision sur opposition écrite, avec indication des motifs et des voies de recours.

19.3 Procédure de recours

Un recours peut être formé à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur devant le tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours. Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de la personne assurée ou d'une autre partie. Le tribunal des assurances peut également être saisi quand l'assureur ne rend pas de décision ni de décision sur opposition dans les délais.

Si la personne assurée ou une autre partie est domiciliée à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de son dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de son dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de Bâle-Ville.

20 Entrée en force

Si le délai de recours a expiré sans avoir été utilisé, la décision ou la décision sur opposition de l'assureur entre en force. Les décisions entrées en force qui portent sur des versements d'argent sont assimilées à des jugements exécutoires dans le sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

21 Protection juridique

En cas de différends portant sur des honoraires entre la personne assurée et les prestataires au titre de la LAMal, l'assureur peut, à sa demande, se charger de sa défense à ses frais devant les tribunaux compétents, pour autant que la demande ne paraisse pas vouée à l'échec.

22 Protection des données

Le traitement des données des personnes assurées est notamment régi par les dispositions légales applicables en matière de protection des données de la loi fédérale du 25 septembre 2020 (LPD, RS 235.1), sur la protection des données, art. 33 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) et art. 84, 84a et 84b de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Dans les rapports d'assurance à caractère international, le traitement des données est régi par les dispositions applicables (p. ex. Règlement RGPD [UE] 2016/679 du 27 avril 2016).

En concluant le modèle d'assurance **calledmed 24**, la personne assurée consent à ce que l'assureur, le prestataire coordonnant ou les tiers agissant en son nom se transmettent mutuellement des données relatives au traitement, au diagnostic et à la facturation de l'ensemble de ses soins médicaux, dans la mesure où celles-ci sont nécessaires à la gestion de l'assurance **calledmed 24** et notamment à la vérification du respect des obligations des personnes assurées (assurance de la qualité et garantie d'un traitement optimal). Cela inclut les évaluations statistiques concernant **calledmed 24**. La personne assurée consent également au traitement de ces données par l'assureur.

Les données sont conservées sous forme physique ou électronique.

En cas de changement pour un autre prestataire coordonnant, la personne assurée consent à la transmission par écrit ou par voie électronique de ces informations au nouveau prestataire coordonnant, et libère dans le même temps le prestataire coordonnant actuel du secret professionnel en ce qui concerne la communication de ces données.

Des explications détaillées sur la protection des données sont disponibles sur le site Internet de l'assureur.

23 Interprétation

La version originale des présentes Conditions d'assurance est la version allemande. Les versions française, italienne et anglaise sont des traductions. En cas d'éventuelles différences d'interprétation, le texte allemand fait foi.

24 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024 et remplace tous les règlements et dispositions antérieurs concernant l'assurance obligatoire des soins légale.

1091/f/07.2023

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Une assurance au top.
 sympany